Münster 1936 No 294 Med DiSS

Aus der Westdeutschen Kieferklinik der Medizinischen Akademie in Düsseldorf — Leiter: (i. V.) Prof. Dr. med. August Lindemann

Die sozial-hygienische Bedeutung der Kieferkliniken

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Würde eines doctor medicinae dentariae durch die Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster i. Westf., in Gemeinschaft mit der Medizinischen Akademie in Düsseldorf

vorgelegt von

Wilhelm Schlickum

aus Dorsten i. Westf.

1935

Druck: Heinr. Pöppinghaus, o. H.-G., Bochum-Langendreer.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez. Schmidt von Elmendorff
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf.

gez. Klinge
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster.

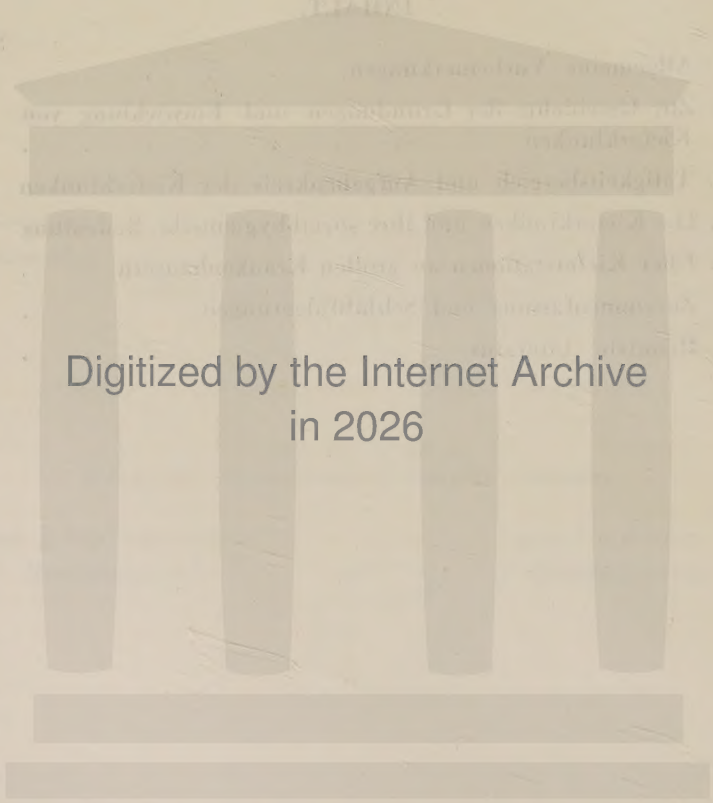
gez. Lindemann
1. Berichterstatter.

gez. Coenen
2. Berichterstatter.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INHALT.

		Seite
I.	Allgemeine Vorbemerkungen	1
II.	Zur Geschichte der Gründungen und Entwicklung von Kieferkliniken	2
III.	Tätigkeitsbereich und Aufgabenkreis der Kieferkliniken	4
IV.	Die Kieferkliniken und ihre sozial-hygienische Bedeutung	9
V.	Über Kieferstationen an großen Krankenhäusern . .	15
VI.	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen . . .	16
VII.	Benutzte Literatur	18



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547221_0237

I. Allgemeine Vorbemerkungen.

Die soziale Hygiene und die Kieferheilkunde sind Spezialwissenschaften, die sich erst in jüngster Zeit, d. h. im letzten Jahrhundert aus ihren Grundwissenschaften heraus als Sonderfächer entwickelt haben. Die soziale Hygiene sonderte sich ab von der allgemeinen Hygiene, während diese sich im vergangenen Jahrhundert von der inneren Medizin als ein besonderer Teil abgespalten hatte. So ist es denn nicht zu verwundern, daß die Definition des Begriffes „Soziale Hygiene" noch nicht völlig einwandfrei gelungen ist. Es würde hier zu weit führen, die verschiedenen Formulierungen, wie sie von Grotjahn, Fischer, Chajes, Röder u. a. angegeben sind, aufzuführen. Wir wollen die von Röder in Anlehnung an Grotjahn und Chajes gefundene, nach Misch zitierte Fassung wiedergeben: „Die soziale Hygiene ist die Wissenschaft von den wechselseitigen Beziehungen der gesundheitlichen und sonstigen gesellschaftlichen Verhältnisse großer Volksmassen und einzelner zusammengefaßter Gruppen und ihrer Nachkommen; sie ist ferner die Lehre von den aus solcher Erkenntnis sich ergebenden Maßnahmen". (Gesundheitspolitik.)

Während nun in der gesamten medizinischen Denkungsweise die Betrachtung unter dem Gesichtspunkte sozial-hygienischer Forderungen mehr und mehr Raum gewonnen hat, muß man diese Betrachtungsweise in der Zahnheilkunde und in deren besonderem Zweige, der Kieferheilkunde, leider noch sehr vermissen.

Die vorliegende Arbeit hat es sich zur Aufgabe gemacht zu versuchen, die Kieferkliniken als besondere Pflegestätten der modernen Kieferheilkunde in ihrer sozial-hygienischen Bedeutung zu beleuchten. Um dieses besser durchführen zu können, hat es Verfasser als notwendig angesehen, weiter auszuholen und über die Entstehung, Zahl und Tätigkeit der Kieferkliniken einen kurzen geschichtlichen Überblick zu geben.

II. Zur Geschichte der Gründungen und Entwicklung von Kieferkliniken.

Stellte es sich doch anläßlich der Eröffnung der sogenannten „ersten eigenen Bettenstation einer zahnärztlichen Universitätsklinik“ (Rostock), über die Müller-Stade 1924 in der Zahnärztlichen Rundschau berichtete, heraus, daß sogar in Fachkreisen, d. h. hier vor allem unter Zahnärzten, die Kenntnis von dem Vorhandensein solcher Stationen recht lückenhaft war.

Ehe solche Stationen entstehen konnten, mußten naturgemäß große Schwierigkeiten materieller und ideeller Art überwunden werden. Und nur die eindringlichen Hinweise bekannter und maßgebender Autoren auf dem Gebiete der modernen Zahn- und Kieferheilkunde, nur die ungeheuren neuen Erkenntnisse auf diesen Gebieten, besonders aber das erschütternde Erlebnis des Weltkrieges, der erst eigentlich der Begründer und Förderer der modernen Kieferheilkunde wurde, vermochte weitere Kreise von der Notwendigkeit solcher Spezialkliniken zu überzeugen.

Während Ritter (1901) schon, dann später Misch 1904/5 u. a. in der Erkenntnis der großen sozial-hygienischen Bedeutung der Zahnheilkunde „die Notwendigkeit der Anstellung von Zahnärzten bei allen, der staatlichen und städtischen Fürsorge unterstellten Einrichtungen“ betonten, aber noch nicht für den klinischen Ausbau dieser medizinischen Sonderwissenschaft eintraten, erhoben in den Jahren 1906/7 Partsch in Breslau und Mayrhofer in Innsbruck die Forderung, die zahnärztlichen Institute zu Kliniken auszubauen.

Zuerst ist es einer Privatinitiative zu verdanken, daß im Jahre 1908 Brandt in Berlin eine private „stationäre Klinik für Zahn- und Mundkrankheiten“ mit 18 Betten eröffnete. Sonst verhallte der Ruf nach einer stationären Behandlungsmöglichkeit für Mund-, Zahn- und Kieferkranke in Deutschland wirkungslos. Dagegen gelang es Mayrhofer im Jahre 1910, seinem Institut eine klinische Abteilung mit 9 Betten — später 12 Betten — anzugliedern. Im Jahre 1911/12 konnten dann Mayrhofer und v. Arkövy-Budapest von ihren Erfahrungen mit ihren klinischen Stationen berichten. Nach Bruhn besaßen vor dem Kriege in der Donau-Monarchie Budapest, Graz, Innsbruck und Prag stationäre Abteilungen an den zahnärztlichen Universitäts-Instituten.

Der Weltkrieg änderte nun mit einem Schlage das Bild. Die Erfahrungen der letzten Kriege, des Deutsch-Französischen Krieges 1870/71, des Russisch-Japanischen- und des Balkankrieges, hatten schon mit erschreckender Deutlichkeit die verheerenden Folgen eines

modernen Krieges für die Kieferschußverletzten dargetan, und es ist Partsch Recht zu geben, wenn er seinem Bedauern darüber Ausdruck gibt, daß sein Ruf nach Errichtung von Sonder-Kieferkliniken ungehört blieb. Während in Österreich aufgebaut werden konnte auf den bestehenden Stationen mit ausgebildetem Ärztepersonal, — Mayrhofer berichtet über ein Anwachsen auf 60 Betten an seiner Klinik, — mußten in Deutschland diese Sonderlazarette in Eile gegründet werden. So entstanden in Düsseldorf, Hannover, Berlin, Straßburg, Frankfurt a./M. und an anderen Orten besondere Lazarette für Kieferverletzte, die bald einen ungeheuren Umfang annahmen, und deren Zahl auf zeitweise über 50 insgesamt angegeben wird. Es ist fraglos anerkannt, sowohl im Inland wie im Auslande, daß in Deutschland die Synthese von Chirurg und Zahnarzt — Spezial-Kieferchirurgen gab es so gut wie überhaupt noch nicht — wohl am besten gelungen ist. Davon zeugen die Behandlungsberichte und Erfolge Bruhn's und seiner Mitarbeiter, Bimstein-Hannover, Drinkler-Leipzig, Römer, Lickteig, Riechelmann-Straßburg und vieler anderer.

Der unglückliche Ausgang des Krieges, die nachfolgenden Wirren politischer und wirtschaftlicher Art drohten die Ergebnisse und Erfahrungen an diesen Stationen, die einen ungeheuren Wert darstellten, zu gefährden. Alle diese Sonder-Lazarette verschwanden völlig, sogar die Klinik Mayrhofer's mußte 1920 nach 10jährigem Bestande ihre Pforten schließen. Nur Bruhn gelang es, sein aus einer Privatklinik entstandenes Institut als Nachbehandlungsstätte der Kriegsverletzten und als Friedens-Behandlungsstätte für Gesichts- und Kieferkranke in ruhigere Zeiten hinüber zu retten.

Hesse-Jena berichtet 1922 dann über die Errichtung einer kleinen Station mit 2 Betten, Moral-Rostock 1924 über eine solche mit 6 Betten, Köppel 1925 am Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin über eine Kieferstation mit 12 Betten, die 1931 (Waßmund) auf 50 Betten erweitert wird. Es folgen dann 1930 die Universitäts-Kliniken Erlangen mit einer Station von 12 Betten, Berlin unter Axhausen mit einer Kieferklinik an der Charité mit 24 Betten. Einige in freier Praxis stehende Kieferspezialisten, so z. B. Spanier können sogar ihre Privat-Kieferkliniken errichten und führen und über gute Erfolge berichten.

Natürlich ist eine solche Entwicklung wie in Deutschland auch in anderen europäischen Ländern nicht ausgeblieben. So sollte 1927 in London dem Dentalhospital eine eigene Bettenstation von 10—12 Betten in einem benachbarten Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden. In Wien besteht eine Kieferstation unter Pichler an der v. Eiselberg'schen ersten chirurgischen Klinik. Auch in Prag

wurde 1924 an der tschechischen Universität unter Jesensky (zitiert nach Moral) und 1931 eine neue deutsche staatliche Zahnklinik mit 4 Betten eröffnet. Axhausen berichtet bei einem Referat über Dufourmentel: «Chirurgie de l'articulation temporomaxillaire» (1929) von dem „schönen" Sebileau'schen Institut.

Aus diesem kurzen geschichtlichen Überblick, der natürlich nicht Anspruch auf absolute Vollständigkeit erhebt, erhellt, daß die Pflegestätten der Kieferheilkunde in neuerer Zeit doch wohl erheblich an Umfang und Zahl zugenommen haben. Man kann nun aus dem Entwicklungsgang drei Haupttypen kieferklinischer Stationen herausstellen. Einmal solche, bei denen ein räumlicher Zusammenhang mit den Universitäts-Instituten für Zahnheilkunde nicht besteht; so in Leipzig unter Rosenthal, in Wien unter Pichler, an der Charité in Berlin unter Axhausen; zweitens solche Stationen an großen Krankenhäusern und Privat-Kieferkliniken, die mit dem Unterricht überhaupt nicht direkt zusammenhängen; und drittens solche Kieferkliniken, die als Behandlungs-, Lehr- und Forschungsstätten räumlich unter einer einheitlichen Leitung die Pflege der Kieferheilkunde in unmittelbarer Verbindung mit der Zahnheilkunde als ihren Aufgabenkreis ansehen. Diese letzte Form hat in der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf eine fast als ideal anzusprechende Verwirklichung gefunden.

III. Tätigkeitsbereich und Aufgabenkreis der Kieferkliniken.

Man kann nun die Bedeutung einer Kieferklinik in sozialhygienischer Beziehung nur dann erkennen, wenn man den Tätigkeitsbereich und Aufgabenkreis in großen Zügen darstellt. Welche Erkrankungen werden hier behandelt? Welche Behandlungswege besonderer Art ergeben die besten funktionellen und kosmetischen Resultate? Welche Vorbildung sollen das behandelnde Ärztepersonal und der leitende Direktor genossen haben? Warum ist gerade eine solche Spezialklinik dringend erwünscht oder gar notwendig? Alles dies sind, wie ja bei einem neuen medizinischen Sonderfach nicht anders zu erwarten ist, zum Teil noch recht heiß umstrittene Fragen. Die Antworten auf diese dürfen nicht aus standespolitischen oder sonstigen, zum Teil egoistischen Erwägungen heraus erteilt werden, sondern hier muß, wie überall in der Medizin, die salus aegroti die suprema lex sein.

Ganz kurz kann man sagen, daß alle die Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kiefergebiet, die nicht mehr ambulant behandelt

werden können, sondern eine klinische Versorgung erfordern, zum Tätigkeitsbereich einer Kieferklinik gehören.

Es gehören hierzu die Erkrankungen der Weichteile, z. B. angeborene Mißbildungen (Hasenscharte), erworbene Weichteildefekte durch Trauma oder Entzündungen spezifischer und unspezifischer Art (Lupus, Lues, Aktinomykose u. a.), die alle eine subtile plastische Deckung erfordern. Es kann nicht mehr als zweifelhaft angesehen werden, daß gerade in einer Kieferklinik, in der während des Krieges eine ungeheure Anzahl schwerster Weichteilverletzungen durch die gleichzeitige Anwendung plastisch-chirurgischer Methoden und zahnärztlich-prothetischer Maßnahmen allerdings oft in jahrelanger Nacharbeit mit bewunderungswürdigem Erfolge durchgeführt worden sind, daß gerade hier die Gewähr für das schnellste, funktionell und kosmetisch beste Behandlungsergebnis gegeben ist.

Weiter kommen wir zu dem großen Gebiete der Erkrankungen des Gesichts-Skelettes. Auch hier sind bei schwersten Deformitäten, die einer rein orthodontischen Behandlung nicht mehr zugängig sind, nur durch spezial-chirurgisches Vorgehen in Verbindung mit zahnärztlich-orthodontischen Fixations-Apparaten bleibende, gute Ergebnisse zu erzielen. Solche schweren Mißbildungen stellen z. B. dar: die Prognathie und Opisthognathie (d. h. ein abnorm nach vorn springender oder dorsalwärts stehender Oberkiefer), die Progenie und Mikrogenie (ein vor- oder zurückspringender Unterkiefer), der mordex apertus, eine Deformität, die als Folge von Wachstumsstörung hauptsächlich bei Rhachitis aufzutreten pflegt.

Einen großen Teil der Behandlungsfälle machen die Verletzungen des Gesichts-Skelettes aus. Fast kein ärztlicher und fachärztlicher Autor verschließt sich heute der Erkenntnis, daß die Brüche des Gesichts-Skelettes, des Nasengerüstes, Jochbeines, Oberkiefers und vor allem des Unterkiefers gleichzeitig einer spezialkieferchirurgischen Behandlung und zahnärztlich-prothetischen Schienung zugeführt werden müssen, um das beste Ergebnis zu zeitigen.

Die durch Entzündungen an den Kieferknochen auftretenden Veränderungen und Defekte verlangen eine sorgfältige Erwägung, ob sofort eingegriffen werden soll, oder ob ein abwartendes Verhalten angezeigt ist; so bei der haematogenen oder nichthaematogenen Osteomyelitis, über die sich Hesse u. a. sehr eingehend verbreiten, sind solche Erwägungen ganz besonders notwendig. Es gelingt hier oft bei sorgfältiger Indikationsstellung, das erkrankte Kauorgan dadurch zu retten, daß man abgestorbene Teile des Kieferknochens von Fall zu Fall chirurgisch entfernt unter Erhaltung des Zahnsystems. Auch die selteneren entzündlichen Erkrankungen an den Kieferknochen, die durch Phosphor- und Bleivergiftungen her-

vorgerufenen Nekrosen, ferner die Tuberkulose und Aktinomykose der Kieferknochen fallen in den Tätigkeitsbereich einer Kieferklinik.

Ganz besonders erfreuliche Behandlungserfolge konnten durch die modernen chirurgisch-plastischen und orthopaedischen Methoden bei den Resektionen an den Kiefern zur Entfernung von Geschwülsten erzielt werden. Während v. Bergmann früher noch die Resektionen im Kieferbereich als die unerfreulichsten Operationen bezeichnete, darf man heute getrost behaupten, daß durch die ärztliche und zahnärztliche Kunst das Höchstmaß an funktioneller und kosmetischer Wirkung erreicht worden ist. Nicht nur die malignen Formen der Tumoren, wie Kiefer-Carcinome und Sarkome, sondern auch die sogenannten gutartigen Geschwülste, wie große Cysten, Adamantinome, Osteome, Odontome, die mit dem Namen Epulis bezeichneten riesenzellsarkomartigen Neubildungen verlangen oft ein ausgedehntes chirurgisches Eingreifen mit gleichzeitiger Verwendung von Immediatprothesen. Diese Prothesen können dann nach Verheilung der Operationswunde später durch freie Knochentransplantationen, wie sie vor allem zuerst von Lexer u. a. ausgearbeitet worden sind, ersetzt werden.

Ein weiteres Gebiet hat in den Kieferkliniken eine ganz besonders große und eingehende Pflege erhalten, nämlich die verschiedenartigen Kiefergelenkaffektionen; alle die unter dem klinischen Bilde der Kieferklemme, Kiefersperre oder des Kieferschlottergelenkes beobachteten Fälle sind gerade hier, so z. B. von Axhausen, Dufourmentel, Bruhn-Lindemann in ihrer Ursache und dem klinischen Verlauf eingehend bearbeitet worden. Ebenso haben die Operationsmethoden und Nachbehandlungsmethoden mittels besonderer Dehnungs- und Sperrungsapparate gegen früher eine ganz ausgezeichnete Verbesserung erfahren.

Das Bild wäre nicht vollständig, wollte man die auch im Anschluß an eine Zahnerkrankung spontan oder nach zahnärztlichen Eingriffen auftretenden schweren, oft das Leben des Patienten bedrohenden Komplikationen unerwähnt lassen. So berichtet die Literatur häufiger über die Verkennung ärztlicherseits von dem Wesen von Haut- oder Kinnfisteln, die oft jahrelang zum Nachteil des Patienten als Tuberkulose oder Tumor ohne Erfolg anderweitig behandelt worden waren, während die eigentliche Ursache später im kranken Zahnsystem entdeckt wurde.

Die Zahnentfernungen sind ja sicher die unbestrittene Domäne des frei praktizierenden Zahnarztes. Aber auch hier können manchmal solch schwere Krankheitsbilder auftreten, oder große technische Schwierigkeiten sich einstellen, daß eine ambulante Behandlung im Interesse des Patienten untunlich, ja unverantwortlich wäre. Solche Bilder treten manchmal in Erscheinung bei dem soge-

nannten erschwerten Durchbruch des unteren Weisheitszahnes, bei abnorm verlagerten, teilweise oder ganz retinierten Zähnen, bei entzündeten, tieffrakturierten Wurzeln. Ein ganz besonders schweres, das Leben des Patienten in höchstem Maße bedrohendes Krankheitsbild entwickelt sich manchmal als Folge solcher Zahnkrankheiten vor allem im Unterkiefer, nämlich die schweren Mundbodenabscesse und Mundbodenphlegmonen. Die Arbeiten namhafter Kieferchirurgen auf diesem Gebiete (Axhausen, Waßmund u. a.) haben wesentlich zur Herabdrückung der Mortalität — die teilweise auf 50 % und mehr angegeben wurde und noch heute angegeben wird — beigetragen.

Eine mit allen modernen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmitteln ausgestattete Spezialklinik, eine sorgfältige Vor- und Nachbehandlung in dieser und nicht zuletzt die durch die Häufigkeit des Vorkommens solcher schweren Fälle besonders geschulten Fachchirurgen können hier oft das Schlimmste noch abwenden. Auch die nicht selten nach Zahnentfernungen auftretenden schweren, fast unstillbaren Blutungen, die tage- und wochenlang andauern, dürften am besten in einer Spezialklinik versorgt sein, da nur hier eine dauernde Beobachtung und spezielle Behandlung möglich ist. Auch besonders unglückliche Zufälle, wie der Bruch von Injektionsnadeln bei der Leitungsanästhesie, erfordern manchmal ein Eingreifen, das an den Operateur die höchsten Anforderungen stellt, da solche Nadelfragmente zuweilen schwer auffindbar sind.

Eine recht stattliche Anzahl wertvoller Arbeiten sind aus den Erfahrungen an Kieferkliniken bisher schon erschienen, die wesentlich dazu beigetragen haben, die Kenntnisse über Kiefererkrankungen zu sammeln und in Ärztekreisen zum Wohle der Patienten zu verbreiten. Solche Arbeiten stellen dar: Die Chirurgie der dentalen Mund- und Kieferkrankheiten (Mayrhofer 1930), die Neuausgabe des alten (1907) Perthes'schen, 1932 von Borchers herausgegebenen Werkes: „Verletzungen und Krankheiten der Kiefer", und sehr viele Einzeldarstellungen des interessierenden Gebietes von Bruhn-Lindemann, Axhausen, Pichler, Rosenthal und Wassmund.

Das junge Gebiet der Kieferheilkunde weist naturgemäß eine ungeheure Fülle von Problemen auf, die nur durch die Sammlung der einschlägigen Fälle an Spezial-Kieferkliniken, durch die Beobachtung ihres Verlaufes am Krankenbett und durch regelmäßige Nachuntersuchungen einer Lösung entgegengeführt werden können. Mehrere Faktoren sind maßgebend gewesen für die Entwicklung dieses jungen Sonderfaches. Einmal die gewaltigen Erfolge der allgemeinen Medizin in der Diagnostik und Therapie. Vor allem die

Röntgen-Diagnostik hat viele vorher ungeklärte Probleme einer Lösung näher gebracht. Dann wäre zu nennen die Lokal-Anaesthesie, deren Methoden erst in diesem Jahrhundert recht eigentlich ausgebaut wurden. Auch haben an den Kieferkliniken vor allem durch Lindemann die Stammanaesthesien der Nerven des Gesichtsschädels eine gründliche Bearbeitung gefunden, sodaß es heute möglich ist, fast alle Operationen im Bereiche des Gesichtsschädels ohne allgemeine Narkose durchzuführen. Für die Möglichkeit und den glücklichen Verlauf vieler Operationen im Bereiche des Gesichtsschädels sind diese neuen Erkenntnisse und Methoden von entscheidender Bedeutung geworden.

Die zahnärztliche Prothetik hat auch gerade in den letzten Jahrzehnten einen gewaltigen Ausbau erfahren. Aber selbst bei höchsten Anforderungen, die die prothetische Kunst an sich gestellt hat, kann doch nicht geleugnet werden, daß die Träger solcher Prothesen und Epithesen sich stets gewissermaßen als Krüppel fühlen. Erst die Verbindung der zahnärztlichen Orthopaedie mit der modernen Wiederherstellungschirurgie hat es zu Wege gebracht, das Gefühl des Verkrüppeltseins zu beseitigen. Die wesentlichen Grundlagen der Wiederherstellungschirurgie sind die Weichteilplastiken und die Knochenpflanzungen. Aus alledem geht hervor, daß die Verbindung der allgemeinen Chirurgie mit der zahnärztlichen Orthopaedie unbedingt erforderlich ist, um zu besten Resultaten zu gelangen.

Im Rahmen dieser Arbeit erscheint es auch förderlich zu erörtern, wer am besten geeignet ist, kieferklinische Stationen zu leiten und ärztlich zu versorgen. Diese Frage ist nicht unbestritten. Wie überall da in der Medizin, wo die Fülle des neu gewonnenen Stoffes eine Abspaltung von Sonderfächern erheischte, sich gewaltige Widerstände gegen eine solche Loslösung erhoben, so auch bei der Kieferheilkunde. Sowohl zahnärztliche (Loos u. a.) als auch ärztliche Autoren (Keller u. a.) wehrten sich gegen eine solche Loslösung. Aber die Erfahrungen an den Kieferkliniken haben deutlich ergeben, daß die Behandlung am besten von solchen Fachärzten durchgeführt werden kann, die zugleich eine allgemeinmedizinisch-chirurgische und vollzahnärztliche Ausbildung genossen haben. Diese Forderung vertreten z. B. Axhausen, Bruhn, Wassmund, Wustrow. Andere lassen wieder die Frage offen, ob chirurgisch geschulte Zahnärzte oder zahnärztlich geschulte Chirurgen die Behandlung Mund- und Kieferkranker übernehmen sollen. Als solche Autoren nenne ich Alter, Hesse, Rosenthal. Gewiß ist, daß die Richtschnur für die Entscheidung solcher Fragen nur das Wohl und Wehe unserer Patienten geben kann.

IV. Die Kieferkliniken und ihre sozial-hygienische Bedeutung.

Die bisherige Darstellung über die geschichtliche Entwicklung, den Tätigkeitsbereich und Aufgabenkreis von Kieferkliniken können als Grundlagen aufgefaßt werden für die Betrachtung der Frage, welche Bedeutung die Kieferkliniken in sozial-hygienischer Hinsicht haben, welche Stellung sie in der gesamten Sozial-Hygiene einnehmen. Aus der eingangs gegebenen Definition über soziale Hygiene darf man die Arbeit einer Kieferklinik als zur Gesundheitspolitik zugehörig ansehen. Nach einem Wort Alter's in seiner Vorrede zur Zeitschrift Nosokomeion, zitiert nach Fischer, sollen „Krankenhäuser (Kliniken) aus dem Abstellbahnhof der Gesundheitsfürsorge Verkehrszentren und, wo es angeht, Hauptbahnhöfe der Gesundheitsfürsorge werden". Dieser Aufgabe in sozial-hygienischer Hinsicht wird eine Kieferklinik gerecht einmal unmittelbar als Behandlungsstätte für Kieferkranke, und dann zweitens mittelbar als Ausbildungs- und Forschungsstätte für das Spezial-Behandlungspersonal dieser Kranken. Wenn Mayrhofer in seiner Rektoratsrede über neuzeitliche Kieferheilkunde (1933) auf die Frage: Was hat man denn früher mit den Kieferkranken angefangen? als Anwort nur das einzige Wörtchen: Nichts! findet, so ist dieses Urteil wohl zu hart. Aber man hat wenig getan, beziehungsweise nur einen Teil der notwendigen Behandlungswege eingeschlagen. Erst das Zusammentreffen verschiedener Behandlungsmethoden konnte die Ergebnisse zeitigen, die die Notwendigkeit der Errichtung, Erhaltung und Förderung von Kieferkliniken beweisen. Herbst führt in seinem Aufsatz: — Der heutige Stand der zahnärztlichen Orthopaedie im Dienste der Krüppelfürsorge — aus: „Es handelt sich bei dieser Art von Fürsorge um einen Teil der Sozialbiologie, d. h. jener ausgedehnten, vorwiegend ärztlichen Tätigkeit, welche bemüht ist, die vorhandenen Lebenskräfte des einzelnen, soweit sie gefährdet sind, vor dem Verfall zu bewahren, soweit sie geschädigt sind, zu steigern, und das Individuum im Leben an den richtigen Platz zu stellen". Diese Worte geben zum wesentlichen auch die Antwort auf die Frage nach der Bedeutung der Kieferkliniken in sozial-hygienischer Hinsicht. Es kann nämlich keinem Zweifel unterliegen, daß alle die angeborenen oder erworbenen Mißbildungen und Defekte und alle die anderen schweren Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kiefergebiet zum Teil das Leben des Individuums im höchsten Maße gefährden, zum Teil die Arbeitsfähigkeit herabsetzen oder teilweise ganz unmöglich machen. In dem Krüppel-Fürsorgegesetz vom 6. Mai 1920 wird gesagt, daß eine Verkrüppelung vorliegt, „wenn dadurch auf dem

Arbeitsmarkt die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich wesentlich beeinflußt wird. Hierzu ist erforderlich, daß angeborenes oder erworbenes Knochen-, Muskel-, Gelenk- oder Nervenleiden, oder Fehlen eines Gliedes oder von Teilen eines solchen den Gebrauch des Rumpfes oder seiner Gliedmaßen nicht nur vorübergehend behindert" (zitiert nach Herbst). Bei den Kieferkrüppeln mit schweren Gesichtsentstellungen kommt vor allem neben der körperlichen Behinderung, die meistens in der Herabsetzung der Kaufähigkeit zu erblicken ist, die Beurteilung der psychischen Komponente in Frage. Man vergegenwärtige sich, welche Qualen Kinder erleben müssen, die die Natur mit einer schweren Mißbildung behaftet hat. So bedeuten oft die mit schlechter Sachkenntnis in den ersten Lebenstagen ausgeführten Lippenspaltenoperationen im späteren Leben besonders bei dem weiblichen Geschlecht ein sehr starkes Hindernis im Erwerbsleben. Bei den größeren Mißbildungen, die sich auch über den knöchernen und weichen Gaumen erstrecken, den sogenannten Wolfsrachen, treten außer der starken kosmetischen Entstellung noch funktionelle Behinderungen in bezug auf den Kauakt und auf die Sprachbildung hinzu, die früher nur teilweise und manchmal mit nicht gutem Erfolge durch eine diesen Defekt überbrückende Prothese gedeckt worden sind. Wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß zuerst diese von Süersen, Warnekros und anderen zahnärztlichen Prothetikern geschaffenen Obturatoren manches Gute für die unglücklichen Träger gehabt haben, so muß man doch sagen, daß durch die modernen operativen Maßnahmen zur Behebung von Gaumenspalten, wie sie von den Altmeistern Dieffenbach und Langenbeck angegeben und von Nachfolgern weiter ausgebaut und verbessert sind, — ich nenne nur die Namen: Veau und Ernst (Berlin) — gewaltige Fortschritte erzielt worden sind. Aber auch bei diesen Operationen hat man neuerdings zur Sicherung des Operationsergebnisses die zahnärztliche Kunst hinzugezogen, indem man die Gaumenverschlußnarbe durch eine Zelluloidplatte vor dem erneuten postoperativen Aufreißen schützte. Welche ungeheuren Vorteile eine gelungene Gaumenspaltenoperation für den Kauakt und damit für die allgemeine Ernährung und für die Sprache hat gegenüber dem Behelf eines Obturators, der oft die ganze Zahnreihe des Oberkiefers durch Überbelastung zerstörte, kann jeder ermessen, der Gelegenheit gehabt hat — und wer hätte das nicht?! — den Lebensweg dieser unglücklichen, nicht operierten Volksgenossen zu verfolgen. Welche großen wirtschaftlichen Ersparnisse und Vorteile das betroffene Individuum und die Allgemeinheit durch eine solche rechtzeitig und mit größter Sorgfalt vorgenommene Operation haben, kann man zahlenmäßig wohl kaum feststellen. Wie ja denn über-

haupt es schwierig sein dürfte, statistische Erhebungen in diesem Sinne anzustellen, weil jeder Fall eine besondere Betrachtung in gesundheitsfürsorgerischer Hinsicht erfahren müßte.

Während andere körperliche Mängel durch die Kleidung vor den Blicken der Umwelt in etwa geschützt werden, ist das Gesicht des Menschen unbedeckt den Augen der Mitmenschen preisgegeben. Das Antlitz wird als der Spiegel des Charakters bewertet. Ein abnorm vorspringender Unterkiefer erweckt gewöhnlich den Eindruck eines rohen, gewalttätigen Menschen, ein weit zurückfliehendes, verkleinertes Kinn macht auf den Beschauer einen komischen und lächerlichen Eindruck; die Entstellung durch den sogenannten offenen Biß gibt dem Träger ein tierähnliches Aussehen. Daß durch solche Mißbildungen der Mensch in seinem wirtschaftlichen und geistigen Fortkommen ungeheuer gehemmt ist, liegt auf der Hand. Wenn es dann nun gelingt, durch einen einmaligen Eingriff und durch eine kurze Nachbehandlung von einigen Wochen in einer Spezialklinik einem entstellten Menschen ein normales Aussehen zu schenken, dann wird wohl keiner mehr die Notwendigkeit bestreiten, daß ein solcher Eingriff möglichst bald ausgeführt werde.

Der Nachteil einer nicht rechtzeitig erfolgten oder unzweckmäßig vorgenommenen Schienung der Fragmente bei Brüchen des Ober- oder Unterkieferknochens kann einmal eine Störung in der Artikulation sein, die so stark ist, daß der Kauakt unmöglich wurde; ferner kann durch eine falsche Gelenkbildung an den Bruchenden — durch eine sogenannte Pseudarthrose — ein Zustand auftreten, der nur unter größten operativen Maßnahmen beseitigt werden kann. Das narbige Gewebe muß aus dem Defekt herausgelöst werden und eine freie Knochentransplantation aus dem Schienbein oder dem Beckenkamm ist außer der zahnärztlichen Schienung notwendig. Die Verkrüppelung und der nachträglich notwendige große Eingriff hätten bei sofortiger spezialistischer Behandlung vermieden werden können.

Die früheren traurigen Ergebnisse der Operationen im Mund- und Kieferbereich, die Mayrhofer in seiner schon erwähnten Rektoratsrede einmal anführt, beruhten vor allem auf dem nicht gleichzeitig mit der Operation vorgenommenen immediatprothetischen Einsetzen der Behandlung. So sinkt bei einer Oberkieferresektion die betroffene Kiefer- und Wangenhälfte zusammen, der seiner knöchernen Stütze beraubte Augapfel rutscht herab und der Schluß des Mundes ist unmöglich geworden, sodaß dauernd Speichel nach außen abläuft. Der Anblick solchermaßen Operierter muß tatsächlich damals grauenhaft gewesen sein. Und ebenso war es bei den hauptsächlich durch bösartige Tumoren notwendigen Teil- oder

Totalresektionen des Unterkiefers. Hier fiel die Zunge, ihres Halteapparates beraubt, nach rückwärts und abwärts. Unartikulierte Sprache und dauernder Speichelfluß, Unmöglichkeit des Kauens und Schluckens, Gefährdung der Atmung waren die weiteren traurigen Folgen. Deswegen überließ man die Unglücklichen ihrem Schicksal. Ihr Leiden wurde als nicht mehr operabel angesehen. Durch die heutigen Methoden gelingt es in sehr vielen Fällen, durch eine Operation den Kranken noch zu retten und ihn gleichzeitig als vollwertiges Glied der menschlichen Gesellschaft dem Arbeitsprozeß wieder einzureihen.

Kurzum, allen odontogenen und nicht odontogenen schweren Erkrankungen ist gemeinsam, daß sie entweder das Leben des Patienten bedrohen, oder aber zumindest — da ja klinische Behandlungsnotwendigkeit vorausgesetzt ist — die Arbeitsfähigkeit vorübergehend oder auf die Dauer aufheben oder beschränken. Es ist nun in verschiedenen Arbeiten, z. B. der von Merbeeks, Mayoral, Hoffmann versucht worden, über die Dauer dieser Erwerbsbeschränkung bei der Beurteilung in der Unfallheilkunde statistisches Zahlenmaterial beizubringen.

Bei der Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder und bei der verschiedenen Versorgung der Kranken lassen sich wohl allgemein gültige Zahlen nicht ermitteln, sondern jeder Fall muß in diagnostischer, therapeutischer und prognostischer Hinsicht gesondert beurteilt werden.

Man kann daher als erste Hauptbedeutung der Kieferkliniken in sozial-hygienischer Beziehung angeben, daß sie die Möglichkeit bieten, den Schwer-Kieferkranken oder den durch Anomalien Entstellten in kürzester Zeit und mit bestem Erfolge die Gesundheit und das normale Aussehen und damit die Erwerbsfähigkeit wiederzugeben.

Der Weg zu diesen Erfolgen an den Kieferkliniken war ermöglicht durch den Aufschwung der Kieferheilkunde als Sonderfach. Und wenn wir das angestrebte Ziel noch höher stecken, d. h. wenn wir versuchen, die Behandlungsdauer noch mehr herabzudrücken und die Erfolge in funktioneller und kosmetischer Hinsicht noch besser zu gestalten, dann kann das nur geschehen durch wissenschaftliche Forschungsarbeit auf dem Gebiete der Kieferheilkunde. An diesen Sonderanstalten mit der Möglichkeit der klinischen Beobachtung, mit den modernsten diagnostischen und therapeutischen Hilfsmitteln, mit den wissenschaftlichen Sammlungen, Spezial-Bibliotheken usw. ist die beste Gewähr gegeben,

durch intensive Forschung auf diesem jungen, zum Teil noch recht unbeackerten Sondergebiete der Heilkunde Neuland zu gewinnen.

Die zweite Bedeutung in sozial-medizinischer Hinsicht, die zur Erreichung der sozial-hygienischen Aufgabe hinführt, beruht also auf der Tatsache, daß die Kieferkliniken als besonders günstige Forschungsstätten anzusehen sind.

Die dritte Hauptbedeutung einer Kieferklinik in sozial-medizinischer Hinsicht liegt in der Mitteilung des an ihr gewonnenen Wissens und Tatsachenmaterials.

Es ist früher schon oft Klage darüber geführt worden, daß die Wissenschaft überhaupt die Neigung habe, im gesamten Volksleben eine Sonderstellung für sich zu beanspruchen. Besonders von der medizinischen Wissenschaft hat man solche Behauptungen aufgestellt. Man muß allerdings sagen, daß die Verallgemeinerung solcher Vorwürfe unberechtigt ist. Große ärztliche Forscher haben die medizinische Wissenschaft schon immer als die erste Dienerin der Gesundheit und Wohlfahrt im Staate bezeichnet.

Damit die gewonnenen Erfahrungen für die Gesamtheit nutzbringend verwertet werden können, ist es notwendig, diese Erkenntnisse einem möglichst großen Kreise von Ärzten und allen übrigen Personen, die mit der Gesundheitsfürsorge unseres Volkes betraut sind, mitzuteilen.

Was nun die Kieferheilkunde betrifft, ist gerade an solchen Kieferkliniken, die mit den zahnärztlichen Universitäts-Instituten räumlich und durch die Person des Leiters verbunden sind, diese Unterrichtsmöglichkeit gegeben. Zuerst hat natürlich der Studierende der Zahnheilkunde während seines Studiums Gelegenheit, durch Beobachtung am Krankenbett sich genauere Kenntnisse über die einzelnen Phasen des Krankheitsverlaufes zu verschaffen. Die Krankheitsbilder werden sich durch diesen Anschauungsunterricht stärker und besser dem Gedächtnis einprägen als durch rein theoretische Vorlesungen. Der Student kommt zu der Einsicht, daß man je nach der Schwere der auftretenden Komplikationen von Fall zu Fall gezwungen ist, den aufgestellten Behandlungsplan abzuändern und dem neuen Krankheitsbild durch geeignete andere therapeutische Maßnahmen gerecht zu werden. Er wird dann später in der praktischen Ausübung seines Berufes vor manchen, für ihn und besonders für seine Patienten gefährlichen, diagnostischen Irrtümern und therapeutischen Fehlgriffen bewahrt bleiben.

Aber auch für den allgemeinärztlichen Nachwuchs wäre der Besuch einer Kieferklinik äußerst wünschenswert. Hesse führt in seiner Aufsatzreihe: Fehlgriffe in der zahnärztlichen Chirurgie (1925) zu diesem Punkte folgendes aus: „Die neue ärztliche Prüfungsordnung sieht nicht einen pflichtmäßigen Besuch einer Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten vor". — Man könnte hinzufügen: und einer Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkranke (Kieferklinik). — „Es ist diese Unterlassung zu bedauern, weil auch der Arzt mit den vielfachen und alltäglichen Erkrankungen der Mundhöhle als des Eingangstores des Verdauungstraktus mehr vertraut sein sollte."

Diese Lücke in der früheren ärztlichen und zahnärztlichen Ausbildung durch Abhaltung von Fortbildungsvorträgen für Ärzte und Zahnärzte auszufüllen, ist als eine vornehmliche Aufgabe der Kieferkliniken anzusehen. An Hand des reichen Patientenmaterials können die wichtigen und nicht mehr abzuleugnenden tiefen Zusammenhänge, die zwischen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und den Haupt- und Sonderfächern der Allgemeinmedizin bestehen, der Zuhörerschaft übermittelt werden. Und umgekehrt können die Auswirkungen von Allgemeinleiden auf Zähne, Mund und Kiefer durch die klinischen Untersuchungsmethoden am Krankenbett besser erforscht und mitgeteilt werden. Man braucht hier zahnärztlicherseits nur auf die in ihrer Aetiologie noch immer ungeklärten Probleme in der Caries- und Paradentoseforschung hinzuweisen, beides Krankheiten von eminenter Bedeutung im Gesundheitsleben der Völker. Weiterhin könnten die Erfahrungen an einer Kieferklinik wesentlich zur Klärung der Fragen beitragen, die noch immer heiß umstritten sind; ich meine hier die Lehre von der sogenannten Oralsepsis, besser vielleicht von der stomatogenen Allgemeininfektion, die da besagt, daß die an wurzelerkrankten Zähnen sich bildenden pathologischen Veränderungen als Herde schwerer Allgemeinerkrankungen anzusehen sind. Man darf sagen, daß es nur noch wenige Erkrankungen des Körpers gibt, die nicht in den Zusammenhang mit Zahnwurzelgranulomen gebracht worden wären. Wenn das Bestehen solcher Zusammenhänge in vielen Fällen wohl mit Recht gerade in neuerer Zeit geleugnet wird, so scheint doch andererseits manches dafür zu sprechen, daß diese Herde tatsächlich einige bestimmte allgemeine Krankheiten unterhalten.

Wir wollen in diesem Zusammenhange auf eine Krankheit hinweisen, die gesundheitspolitisch von großer Bedeutung ist, und die nach Krankenkassen-Statistiken größere Summen aus den Mitteln der Sozial-Versicherung und damit des Volksvermögens erfordert als andere bekannte Volksseuchen, wie Tuberkulose und Krebs, nämlich

auf den Gelenk-Rheumatismus. Wenn es gelänge, durch systematische klinische Untersuchungen an Kieferstationen diese Zusammenhänge aufzudecken und so die eingetretenen Schäden, etwa durch die Entfernung der ursächlichen Herde, zu beseitigen oder bezw. ihnen vorzubeugen, könnten durch solche Arbeiten und solches operatives Eingreifen dem Volksvermögen große Verluste erspart werden; der kranke Volksgenosse könnte vor langjährigem Siechtum bewahrt bleiben, seine Arbeitskraft bliebe seinen Angehörigen und damit seinem ganzen Volke erhalten.

Dem Grundsatz der allgemeinen Hygiene, daß Vorbeugen besser sei als Heilen, folgend, ist die Vermittlung von Kenntnissen der Frühdiagnose des Krebses im Munde eine wichtige sozialhygienische Aufgabe der Kieferklinik. Durch ihr reiches Beobachtungsmaterial sind die leitenden Kieferchirurgen in der Lage, den in der Ausbildung begriffenen oder in der Praxis stehenden Ärzten und Zahnärzten durch klinische Unterweisung und durch regelmäßige Fortbildungsvorträge zum Wohle der bedauernswerten Erkrankten die frühen Krankheitserscheinungen näher zu bringen und so unsägliches Leid zu bannen. Die wichtigen differential-diagnostischen Einzelheiten und Feinheiten zur Klärung der Frage, ob eine krebsige Entartung vorliege oder nicht, muß im Mund- und Kiefergebiet, wo sie dem Auge oder dem tastenden Finger des Beobachters zugänglich sind, zum gemeinen Wissensgut des allgemeinen Arztes und Zahnarztes werden.

Es ist unmöglich, das gesamte sozial-hygienisch wichtige Gebiet bei der Fülle des Stoffes in diesem Zusammenhange aufzuzählen. Man könnte noch erwähnen die Erkrankungen der den Gesichtsschädel versorgenden motorischen und sensiblen Nerven, des Trigeminus und Facialis. Die Erkrankungen beider Nerven können Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitsbehinderung hervorrufen. Der klinische Unterricht und die Fortbildung an Kieferkliniken ermöglichen es einmal, einem großen Kreise von Ärzten das Wissen über die Differential-Diagnose näher zu bringen, ob es sich in den Fällen um eine echte, genuine Trigeminus-Neuralgie oder um einen von anderen Ursachen sich herleitenden Gesichtsschmerz handelt. Zweitens können die gemachten Erfahrungen mit den verschiedenen Methoden zur Bekämpfung oder Beseitigung dieser, die Schaffenskraft lähmenden Nerven-Erkrankungen einem großen Auditorium mitgeteilt werden. Es können dort weiterhin Mitteilungen gemacht werden über die Erfolgsaussichten bei der operativen Behandlung der Facialislähmung. „Durch Herbeiholung und Verankerung von Teilen nicht gelähmter Muskeln gelang es in einigen Fällen, die gelähmte Partie wieder der Nervenleitung zu unterstellen“ (Bruhn).

V. Über Kieferstationen an großen Krankenhäusern.

Wir wollen in dieser Betrachtung über die Stellung einer Kieferklinik im ärztlichen und fachärztlichen Aus- und Fortbildungswesen nicht schließen, ohne der Mitteilungen zu gedenken, die über das Wirken zahnärztlicher Stationen an Krankenhäusern berichten. Die im Literatur-Verzeichnis angeführten Arbeiten Frohmann's, Hoffmann's, Maagk's, Pflüger's, Seefeld's u. a. lassen die Neigung erkennen, solche Stationen nur als Behandlungsstätten für rein zahnärztlich ambulante Fälle zu errichten. Man kann Spanier nur zustimmen, wenn er seinem Bedauern über eine solche Entwicklung in seinem Aufsatz: „Kieferspezialist und Kieferklinik" Ausdruck verleiht. Z. B. besitzen die Großkrankenhäuser Hamburgs — Barmbeck, St. Georg, Eppendorf — schon seit vielen Jahren zahnärztliche Ambulatorien, die einmal die Behandlung der Krankenhausinsassen und zweitens die zahnärztliche Versorgung des Behandlungs- und Pflegepersonals übernehmen. Die Tätigkeitsberichte über die Behandlung an diesen Ambulatorien und über die Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen der Allgemeinmedizin sind sehr erfreulich. Man kann zum Wohle unserer Kranken nur den Wunsch aussprechen, daß an möglichst vielen, wenigstens an den großen Krankenhäusern zahnärztliche Stationen errichtet werden. Noch besser würde aber für das Wohl unserer Kieferkranken gesorgt sein, wenn alle die die Kieferheilkunde betreffenden Fälle auf einer der zahnärztlichen Poliklinik angegliederten eigenen Bettenstation untergebracht würden. Ich lasse hier nochmal Spanier zu Worte kommen. Er führt aus, es mache sich die Tendenz bemerkbar, „das ganz spezialistisch ausgebaute Gebiet der Kieferchirurgie vom Allgemeinchirurgen bei gelegentlicher Mitarbeit eines Zahnarztes betreiben zu lassen. Dieser Dualismus ist auf die Dauer nicht ersprießlich. Beide müssen, — wollen sie die Fälle sachgemäß behandeln, — theoretisch und praktisch das gesamte Gebiet der Kieferchirurgie beherrschen. Beherrschen sie dieses wirklich, dann bedarf es keines Dualismus. Doch ist es ein unbilliges Verlangen, von einem Allgemeinchirurgen den Besitz dieses Spezialwissens zu fordern, ebensowenig, wie man das auf anderen Spezialgebieten verlangt. Aber von einem Leiter einer zahnärztlichen Station muß man verlangen, daß er das gesamte Gebiet vollauf bewältigt."

VI. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen.

Zusammenfassend lassen sich folgende Feststellungen machen:

Die Kieferkliniken gewähren in ihrer Eigenschaft als Sonderbehandlungsstätten aller schweren Erkrankungen im Zahn-, Mund-

und Kieferbereich die beste Möglichkeit, ihre sozial-hygienische Hauptaufgabe, nämlich die möglichst schnelle und in funktioneller und kosmetischer Hinsicht vollkommene Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erfüllen. Diese Tatsache ist begründet durch die Behandlungserfolge in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Die ärztliche Versorgung an diesen Kliniken muß vornehmlich in den Händen besonderer Kieferspezialisten liegen, die sich, gestützt auf den Erfahrungen des Weltkrieges, aus der Synthese von Allgemeinchirurgen und Zahnärzten entwickelt haben.

Zum weiteren Ausbau der Kieferheilkunde und ihrer Behandlungsmethoden sind sie durch die Sammlung der einschlägigen Fälle vorzüglich in der Lage, als besondere Forschungsstätten zum Wohle der Kieferkranken zu wirken. Als Unterrichts- und Fortbildungsanstalten können sie die Kenntnisse über Diagnose, Krankheitsverlauf und Therapie am besten einem großen Kreise des ärztlichen und zahnärztlichen Nachwuchses zum Wohle des Volkes vermitteln; es können so Fehldiagnosen und damit falsches therapeutisches Vorgehen mehr und mehr vermieden werden. Die Kieferstationen stehen tunlichst in engster Verbindung mit den zahnärztlichen Universitäts-Instituten, ihre Leiter sollen möglichst gleichzeitig als Dozenten der zahnärztlichen Chirurgie und Kieferchirurgie wirken. Die bestehenden Stationen würden am besten als Vorbild genommen bei der Errichtung von Zahn- und Kieferstationen an großen Krankenhäusern. Die Berechtigung dieser Folgerungen ergab sich aus der Betrachtung und Beurteilung der erzielten Ergebnisse an den bisher bestehenden kieferklinischen Stationen. Es ist zu hoffen, daß alle zahnärztlichen Universitäts-Institute und alle größeren und mittleren Krankenhäuser möglichst bald Kieferstationen aufweisen werden, da sie im Interesse der Volksgesundheit und der Arbeitsfähigkeit eine sehr segensreiche Tätigkeit ausüben.

Bei allen Mitteilungen, die über die Errichtung neuer Stationen berichten, wurde lebhafte Klage darüber geführt, daß zwar das Kultusministerium die Notwendigkeit solcher Stationen einsah und ihre Einrichtung befürwortete, daß dagegen die öffentlichen Finanzbehörden Unterstützungen nur in sehr geringem Umfange gewährten oder solche überhaupt ablehnten.

Die bisherigen Erfahrungen haben auch in rein wirtschaftlicher Beziehung die Berechtigung der Kieferstationen erwiesen. In Anbetracht der hohen volkswirtschaftlichen Bedeutung der Kieferkliniken darf man die Hoffnung aussprechen, daß auch die Finanzbehörden für die Errichtung und den Ausbau solcher Stationen die notwendigen Mittel bereitstellen werden.

Benutzte Literatur.

Alter, Heinr.: Der Zahnarzt und seine Sendung. Wien-Berlin (1932).

v. Arkövy: Jahresbericht 1910/11 der stomatologischen Klinik der k. ung. Universität zu Budapest. Oest.-ung. V. Jahres-Zschr. f. Zhkde. (1912), S. 130.

Asgis, A.: Stomatology departements in hospitals. Rev. of clin. Stom. (1924), Bd. I, Nr. 5 (ref. Fortschr. d. Z.) (1925), Bd. I, Tl. II, S. 22.

Axhausen, G.: Chirurgische Zahnheilkunde und Kieferchirurgie. Z. Mitt. (1928), Bd. II, S. 607/610.

— Pathologie und Therapie des Kiefergelenkes. Fortschr. d. Zhkde. (1930), S. 177—201.

— Zur Eröffnung der klinischen Krankenabteilung des Zahnärztlichen Universitäts-Institutes Berlin. Z. R. (1930), Nr. 42, S. 1843—47.

— Aufgaben der chirurgischen Zahnheilkunde und ihre Erfüllung. — Z. Mitt. (1930), S. 81 ff.

— Aufgaben und Leistungen der Kieferchirurgie. D. M. W., Bd. I, S. 401—404.

— Beiträge zur Mund- und Kieferchirurgie. (Ein Jahr Kieferklinik der Charité). — Dsch. Zhkde., H. 82. Leipzig (1932), G. Thieme.

Bimstein: Mitteilungen aus dem Hannoverschen Lazarett für Kieferverletzte. — D. Zhkde. i. Vortr. H. 39. Leipzig (1917), G. Thieme.

Bönnecken, H.: Über die Notwendigkeit der Anstellung von zahnärztlich ausgebildeten Assistenten an Kliniken und größeren Krankenhäusern. Oest.-ung. V. Jahresschr. f. Z. (1908), Nr. 3, S. 443—457 und Prag. M. W. (1908), Nr. 34.

Bove, Chr.: The cooperation of the surgeon and dental surgeon in fractures of the jaw. — Dent. Mag. (1928), Bd. 45, S. 139—146 (ref. D. M. f. Z.) (1928), S. 940.

Bruhn, Chr.: Die gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschußverletzungen. — Wiesbaden (1915/16/17), I. F. Bergmann. — (Hauptmeyer, Lindemann, Kühl, Ahrend, Loch.)

— Die Westdeutsche Kieferklinik als Behandlungs-, Forschungs- und Lehrstätte. — D. M. f. Z. (1918), Jg. 36, H. 7.

— Die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf und ihre Wirksamkeit. Düsseldorf (1922).

— Der stomatologische Anteil an der Krankenhausarbeit der Zukunft. Nosokomeion (1930), S. 256.

— Gedanken über Sinn und Notwendigkeit der stomatologischen Spezialisierung. — D. M. W. (1932), S. 667—670.

Cohn, A.: Die Zahnheilkunde in der öffentlichen Gesundheitspflege. — Leipzig (1926).

Cohn, K.: Die soz. Zhkde. in Deutschland. — Soz. hyg. Rundschau (1924), Nr. 2, S. 46.

Cohn: Wohlfahrtspflege und Fürsorge. — In: Kantorowicz, A., Handwörterb. d. ges. Zhkde., Bd. 4, S. 3108—3129. Leipz.-Berlin (1931).

Drinkler: Bericht über die im Res.-Lazarett f. Kieferverletzte zu Leipzig ausgef. Arbeiten an der Hand von 720 Krankengeschichten. — D. z. W. (1922), Nr. 22 u. 23, S. 264—277; Nr. 24, S. 293/96 und Nr. 25, S. 310—314 (Lit.).

Erlangen: Erweiterungsbau des zahnärztlichen Univ.-Institutes. — Z. R. (1929), Nr. 21, S. 906/7.

— Einrichtung einer Bettenabteilung in der zahnärztlichen Klinik. — Z. R. (1930), Nr. 47, S. 2072.

Fischer, A.: Soziale Hygiene mit besonderer Berücksichtigung der sozialen Medizin. — Neue Dtsch. Klinik, Bd. X, S. 34—138. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien.

Euler: Zhkde. u. Allgemeinmedizin (1930). Mitt. d. Zahnärztekammer f. Preußen, S. 5—6.

Flohr, W.: Zur Eröffnung der vergrößerten Kieferstation im Rudolf-Virchow-Krankenhaus zu Berlin. — Z. R. (1931), Nr. 20, S. 876/8.

Frohmann, D.: Zahnärztliche Stationen an Krankenhäusern und ähnl. Anstalten. — Ztschr. Krkhswesen (1926), Jg. 22, Nr. 19, S. 600—601.

Fritsch, C.: Zahnärztliche sowie zahnärztlich-chirurgische Prothetik. — In: Schwalbe, J., Diagnostische u. therapeutische Irrtümer. Bd. 10 (Zhkde.) III, S. 1—57. Leipz. (1925), G. Thieme.

Fritsch, K.: Zahnheilkunde. In: Liniger-Weichbrodt-Fischer, Hb. d. ärztl. Begutachtung, Bd. 2, S. 571—580. Leipz. (1931), J. A. Barth.

Grande: Stomatolog. Klinik. — D. M. f. Zhkde. (1928), S. 114.

Greve, H. Chr.: Der Einfluß der Zahnkrankheiten auf die Arbeitsfähigkeit. — Jhrsk. f. ärztl. Forth. (1932), H. 11, S. 49—56.

Herbst, E.: Der heutige Stand der zahnärztlichen Orthopaedie im Dienste der Krüppelfürsorge. — Z. Mitt. (1930), S. 550.

Hesse, G.: Fehlgriffe in der zahnärztlichen Chirurgie. — In Fortschr. d. Zhkde. (1925), Bd. 1 (1927), Bd. 3 (1928), Bd. 4 (1929), Bd. 5 (1930), Bd. 6 u. Lit.

Hoffmann, E.: Die Behandlung von Unterkieferfrakturen und die Beurteilung von Zahn- und Kieferverletzungen in der Unfallheilkunde. — Ärztl. Sachv. Ztg. (1912), Nr. 18, S. 369/71.

Hoffmann, K. F.: Die zahnärztliche Versorgung der Krankenhausinsassen. — Zschr. f. Krhswesen (1930), H. 25, S. 737—740.

Hofrath, H.: Die erste eigene Bettenstation einer zahnärztl. Universitätsklinik. — Z. R. (1924), Nr. 15, S. 169/70.

Horn: Die erste eigene Bettenstation einer zahnärztl. Universitätsklinik. — Z. R. (1924), Nr. 14, S. 148.

Jakobs, R.: Gesichtsknochenfrakturen und Unfall. — Ärztl. Sachv. Ztg. (1923), Jg. 29, Nr. 15, S. 169/76.

Jena: Errichtung einer Bettenstation. — Z. R. (1922), Nr. 43, S. 652.

Jonas, V.: Das Recht der Kranken auf zahnärztl. Behandlung in öffentl. Krankenhäusern. — Z. R. (1927), Nr. 7, S. 108/9.

Kaufmann, C.: Handbuch d. Unfallmedizin. — Bd. I, 5. Aufl., Stuttg. (1932), F. Enke. (S. 377—83: Kiefer- und Zahnverletzungen).

Klapp, E., Bange, F. und Ernst, F.: Die Chirurgie des Gesichtes, des Oberkiefers und des Unterkiefers einschl. der Zähne. — In: Kirschner-Nordmann, Die Chirurgie. Bd. 4, Tl. I, S. 639—52, Berlin-Wien (1927), Urban & Schwarzenberg.

Keller: Chirurgie und Zahnheilkunde. — Zbl. f. Chir. (1927), Nr. 45, S. 2864—66. V. B.

Lindemann, A.: Zur Pathologie und Therapie der malignen Tumoren des Kiefergelenkes. — D. Zhkde. Nr. 73, (1928).

— Gefahren und Fehlleistungen der Anaesthesierung von Trigeminusbahnen. — (D. Zhkde. Nr. 74, S. 33 (1929), G. Thieme. Leipzig.

— Die plastische Deckung der Lücken des Kieferknochens. — Der Chirurg, Bd. II (1929), S. 817.

Loebell: Die Beziehungen der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde zur Zahnheilkunde. — (Ztschr. f. Lar. Rhin. Ot. und Grenzgeb. (1932), Bd. 23, H. 1).

London: Eastman — clin. — DentRec. (1931), Nr. 1, (ref. Z. R. 1931, Nr. 15, S. 660).

— Dasselbe. Z. R. (1929), Nr. 24, S. 1042.

Loos: Stomatolog. Spezialisierung der Zahnärzte. — D. M. W. (1932), Bd. II, S. 1811.

Maagk, W.: Fürsorge f. Kieferkrüppel im schulpflichtigen Alter. — Z. R. (1924), Nr. 12, S. 115/6.

— Zahnärztl.-soziale Hygiene in der Krankenfürsorge und in Strafanstalten. — Zschr. f. Schulgeshtspflg. (1927), Jg. 40, Nr. 6, S. 274.

Mayoral und Arago: (Dtsch.: Die Bewertung der Dauerunfallschäden der Mundhöhle.) Odont. clin. 5, S. 153 (1931), ref.: Fortschr. d. Zhkde. (1932), Bd. 2, S. 650.

Mayo: Die neue Mayo-Klinik in Rochester (Minn. U. S. A.) Z. R. (1931), Nr. 38, S. 1691—95.

Meyer, W.: Fehlgriffe in der zahnärztl. Chirurgie. — Fortschr. d. Z. (1931), Bd. 7, Tl. I, S. 246—262. (1932), Bd. 8, Tl. I, S. 244—256. (1933), Bd. 9, Tl. I, S. 201—215.

Mayrhofer, B.: Über die Aufgaben der zahnärztl. Institute und die Notwendigkeit ihres Ausbaues zu Kliniken. — (Wien. klin. W. (1907), Nr. 47).

— Die erste eigene Bettenstation einer zahnärztl. Universitätsklinik. — Z. R. (1924), Nr. 14, S. 148.

— Die Entwicklung der Zahnheilkunde zur Odonto-Gnatho-Stomatologie. — Zschr. f. Stom. (1925), Jg. 23, H. 3.

— Chirurgie der dentalen Mund- und Kieferkrankheiten. — Dtsch. Chir. Bd. 51, Stuttg. (1930), F. Enke (Lit.).

— Über neuzeitliche Kieferheilkunde. — W. kl. W. (1933), Nr. 1, S. 1—5.

Merbeeks, A.: Über Höhe und Dauer der Erwerbsbeschränkung bei Kiefer- und Zahnverletzungen. — Ärztl. Sachv. Ztg. (1925), Jg. 21, Nr. 3, S. 31—34 (ref.: Fortschr. d. Z. (1925), Bd. I, Tl. II, S. 133.

Misch, Jul.: Über die Notwendigkeit zahnärztl. Hilfeleistung an den öffentl. Krankenanstalten. — D. z. W. (1904), Nr. 38, S. 595/8 (u. Öst.-ung. V. f. Z. (1905), H. 1, S. 83, V. B.).

— Richtlinien f. d. Neuorientierung in d. Zhkde. u. f. deren volkshyg. Aufg. — D. Z. W. (1918).

— Zahnärztl.-soziale Hygiene. — Fortschr. d. Z. (1926), Bd. 2, Tl. I, S. 463—535.

Moral, H.: Über die Bettenstation der Klinik f. Mund- und Zahnkrankheiten zu Rostock, ihre Ausgaben und ihre Bedeutung. — (D. z. W. (1924), Nr. 11, S. 133—37.

Moral und Zepplin: Betrieb und Rentabilitätsberechnung zahnärztl. chirurgischer stationärer Abteilungen. — D. z. W. (1925), Nr. 20, S. 389/92.

Moral, H. und Hauberrisser, E.: Fehlgriffe in der zahnärztl. Chirurgie. — Fortschr. d. Z. (1926), Bd. 2, Tl. I, S. 239/66.

Moral, H.: Stationäre Behandlung Mund- und Zahnkranker. — Korresp.-Bl. f. Zahnärzte (1926), H. 3, S. 72—96.

Moral, H. und Schlampp, H.: Kieferbrüche. — Fortschr. d. Z. (1927 bis 1933), Bd. 3—9.

Mosbacher: Zur zahnärztl. Versorgung der Krankenhausinsassen. — Z. Mitt. (1925), Jg. 16, Nr. 5, S. 46—47.

Müller-Stade: Die erste eigene Bettenstation einer zahnärztl. Universitätsklinik. — Z. R. (1924), Nr. 11, S. 99—101.

Neumann, R.: Aus der Mund- und Kieferchirurgie in der zahnärztl. Praxis. — Z. R. (1934), Nr. 1, S. 1—11.

Paritt, J. R.: A glimpse of the Mayo-clin. and its dental departements. — Brit. dent. journ. (1925), Bd. 46, S. 786, ref. Fortschr. d. Z. (1926), Bd. 2, Tl. II, S. 331.

Partsch: Die Beurteilung Kieferverletzter hinsichtlich ihrer Diensttauglichkeit und Erwerbsfähigkeit. Ärztl. Sach.-Ztg. (1917), Nr. 8, S. 85—90 und Nr. 9, S. 104—6.

— Zur Reform des zahnärztl. Unterrichtes. — D. Zhkde. H. 51, Leipz. (1921).

— Kieferkrankheiten. — In: Schwalbe, J., Diagnostisch-therapeutische Irrtümer. Bd. 10 (Zhkde. II. S. 1—58, Leipz. (1925), G. Thieme.

Perthes, G. und Borchers, E.: Verletzungen und Krankheiten der Kiefer. — N. dtsch. Chir. Bd. 53, Stuttgart (1932), F. Enke. (Lit.)

Pichler: Knochenplastik an den Kiefern. — In: Scheff, J. — Hb. d. Zhkde. 4. Aufl., Bd. 6, S. 1—70. Berlin-Wien (1931), Urban & Schwarzenberg (Lit.).

Pflüger, H.: Die Bedeutung zahnärztlicher Ambulatorien in größeren Krankenhäusern. — Z. R. (1928), Nr. 35, S. 1441—48 und Nr. 36, S. 1481—90.

Prag: Die neue deutsche staatliche Zahnklinik. — Z. R. (1931), Nr. 5, S. 207—8.

Ritter, P.: Über die Notwendigkeit der Anstellung von Zahnärzten bei allen der staatlichen und städtischen Fürsorge unterstellten Einrichtungen. — Bl. f. Volksgeshtpfl. (1901), Nr. 13.

Römer, O. und Lickteig, A.: Die Kriegsverletzungen der Kiefer. — Ergebn. d. Chir. (1918), Bd. 10, S. 197—318 (Lit.).

Römer: Mitteilungen aus dem Straßburger Lazarett für Kieferverletzte. — 1. Lickteig, E.: Bericht über die chirurgische Behandlung. — 2. Riechelmann, O.: Bericht über die chirurg.-prothetische Behandlung. — Dtsch. Zhkde. i. V., H. 35, Leipzig (1916), G. Thieme.

Rosenthal, W.: Kriegsverletzungen des Gesichts. — S. 329, Ergebn. d. Chir. u. Orth. (1918).

— Pathologie und Therapie d. Gaumendefekte. — Fortschr. d. Z. (1930), S. 967, (Leipzig).

— Spezielle Mund- und Kieferchirurgie. — D. Z. W. Nr. 12 (1931), S. 655—672.

Schmidt, W.: Unterkiefer-, Oberkieferfrakturen usw. nach Unfällen. — (Inaug.-Diss. Zürich (1931), ref.: Fortschr. d. Z. (1932), Bd. 2, S. 649).

Schmuziger, P.: Medizin und Zahnheilkunde. — Schw. m. W. (1934), Nr. 4, S. 79.

Schröder, H.: Über den augenblickl. Stand d. zahnärztlichen Prothetik und Verbandslehre. — Arch. f. klin. Chir., Bd. 118, S. 275—297.
— Die zahnärztliche Prothetik in d. Mund- und Kieferchir. — Zschr. f. Lar. (1932), Bd. 23, S. 121—135.
Schwarz, E.: Ein Jahresbericht als Beleg f. d. Notwendigkeit von zahnärztl. Krankenhausabteilungen. — Zschr. f. Krhswesen. (1932), H. 15, S. 348—49.
Seefeld, A.: Stellung und Tätigkeit des Krankenhauszahnarztes. — Z. R. (1925), Nr. 23, S. 350, V. B.
— Zahnärztliches Ambulatorium im Krankenhause. — Zschr. f. Krhswesen. (1930), H. 15, S. 420—21.
Spanier, F.: Privat-Kieferklinik. — Z. R. (1931), S. 561—565.
— Kieferspezialist und Kieferklinik. — Zschr. f. Krhswesen. (1931), H. 11, S. 308—311.
Tanchester, D.: Stomatologic service in the hospital. — Amer. dent. Surg. (1928), Bd. 48, S. 352—353 (ref.: Fortschr. d. Z. (1929), Bd. 5, Tl. II, S. 829).
Thuréns: Mund- und Zahnkliniken an Krankenhäusern. — Sver. Tandl. Forb. Tidn. Jg. 19, H. 6 (ref.: Z. R. (1928), Nr. 25, S. 1064).
Waßmund, M.: Die zahnärztliche Tätigkeit im Krankenhause. — Z. Mitt. (1924), Nr. 47/48.
— Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels unter Berücksichtigung der Komplikationen des Hirnschädels; ihre Klinik und Therapie. — Berlin (1927), H. Meuser.
— Die eitrigen Prozesse des Mundbodens. — Berlin (1929).
— Entwicklung und Bedeutung der Kieferstation eines Krankenhauses. Rundfunkvortrag). — ref.: D. Z. W. (1932), H. 4, S. 203.
Watts, R. S. jun. und Stearns, Ch. H.: A hospital case and what came of it. — Dent.-Dig. (1926), Bd. 32, S. 817, (ref.: Fortschr. d. Z. (1928), Bd. 4, Tl. II, S. 888).
Wustrow, P.: Zahnärztl. Orthopaedie. — Hb. d. ges. Therapie. Gulecke, Penzold, Strintzing. — Fischer-Jena (1926), (ref.: Fortschr. d. Zhkde. (1927), Bd. III, Tl. II, S. 559).
— Über die Zukunft unserer Fachausbildung. — Z. Mitt. (1930), S. 127—153.
Verfasser ungenannt: Die erste stationäre zahnärztliche Klinik. Berlin z. Hlbmtsschr. (1908), Nr. 1, S. 7.
— Beds for dental patients. — Dent. Mag. (1927), Bd. 34, S. 172, (ref.: Fortschr. d. Z. (1928), Bd. 4, Tl. II, S. 889).

Lebenslauf.

Am 25. März 1902 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Hugo Schlickum in Dorsten i./Westf. geboren. Ich absolvierte das Gymnasium meiner Heimatstadt. Nach der Reifeprüfung im Frühjahr 1921 war ich zuerst 2 Jahre lang als Bergbaubeflissener an zwei Zechen praktisch tätig. Anschließend machte ich eine kaufmännische Lehre und eine zweijährige Lehrzeit an einer Bank in meiner Heimatstadt durch. Als Bankbeamter verließ ich im Sommer 1925 diese Bank und begann im Wintersemester 1925/26 das zahnärztliche Studium an der Universität in Münster i./Westf., wo ich nach dem Wintersemester 1926/27 die zahnärztliche Vorprüfung mit dem Prädikat „Gut" bestand. Nach zwei klinischen Semestern in Münster bezog ich die Universität Würzburg, wo ich mich im Frühjahr 1929 der zahnärztlichen Prüfung unterzog, die ich mit dem Prädikat „Sehr gut" bestand. Vom Juni 1929 ab war ich 5 Jahre ununterbrochen an der Zahnklinik der Allgemeinen Orts-Krankenkasse in Düsseldorf als Assistenz-Zahnarzt tätig. Vom 1. Juli 1934 ab habe ich mich in Neuß als Zahnarzt niedergelassen.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Chr. Bruhn für die Überlassung des Themas, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben ihm und Herrn Professor Dr. A. Lindemann meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Ferner bin ich dem Herrn Oberarzt an der Westdeutschen Kieferklinik Herrn Dr. Hofrath zu großem Dank verpflichtet für die Anregung und Förderung bei der Ausarbeitung dieser Dissertation.